

Infografías para dentistas

Elaboradas en base a la información de:
Clinical practice guideline of the Spanish
Society of Oral Surgery for dental care in
patients with oral cancer. Med Oral Patol
Oral Cir Bucal. 2024



¿El tabaquismo y el abuso de alcohol están relacionados con una mayor tasa de complicaciones orales en pacientes adultos oncológicos orales? ¿Existe algún límite en relación a ese efecto?



El consumo de tabaco en todas sus formas, fumado o masticado, guarda una relación estrecha con el desarrollo del carcinoma oral de células escamosas de la cavidad oral (COCE).

(Nivel de evidencia 1+, Grado de recomendación B)



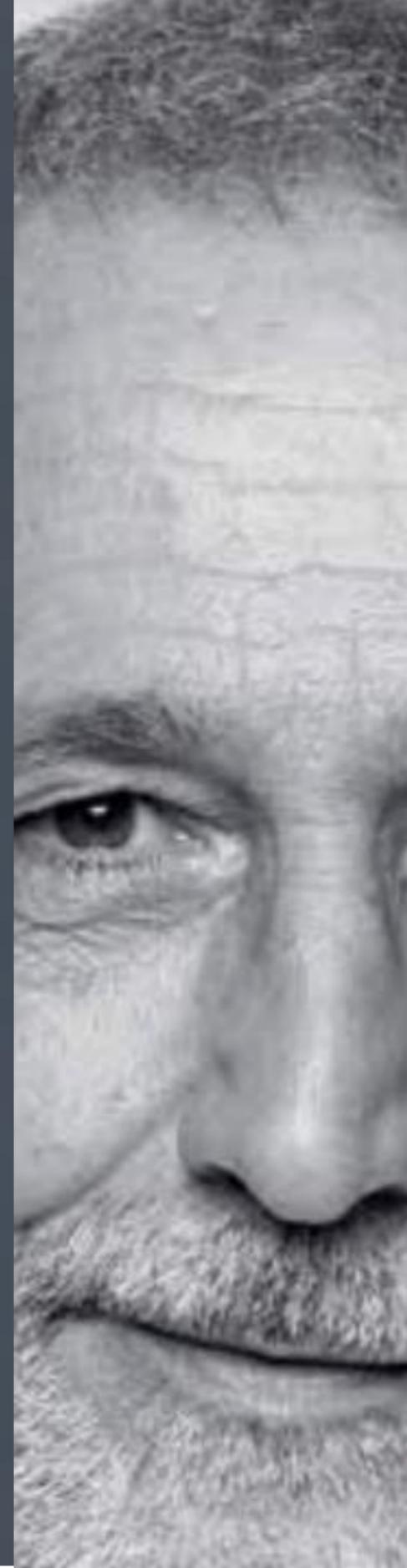
El consumo concomitante de tabaco y alcohol tiene un efecto sinérgico, aumentando la probabilidad de padecer este tipo de cáncer oral.

(Nivel de evidencia 1+, Grado de Recomendación B).



Los pacientes que continúan fumando y/o bebiendo presentan un mayor número de complicaciones en comparación con aquellos que no tienen estos hábitos tóxicos.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación C).



En el periodo preoperatorio, ¿cuándo es el mejor momento para realizar el tratamiento odontológico?



El momento idóneo para la realización de las exodoncias preradioterapia es o entre la segunda y la cuarta semana previas a la cirugía, evitando realizarlas dentro de los 15 días antes del inicio de la radioterapia.

(Nivel de evidencia 2++, Grado de recomendación B).



La tartrectomía y el curetaje subgingival deben evitarse en los 15 días previos al inicio de la RT, debiendo realizarse, en un periodo anterior.

(Nivel de evidencia 2++, Grado de recomendación B)



Los pacientes expuestos a enjuague bucal con clorhexidina (CHX) durante y posteriormente al tratamiento quirúrgico y/o radioterápico tienen mayor riesgo de presentar osteoradionecrosis (ORN), por lo que su uso no está recomendado en los pacientes con cáncer oral sometidos a RT.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación B).



Los resultados no permiten afirmar que exista una asociación entre el tratamiento endodóntico y un mayor riesgo de ORN, aunque los autores que lo defienden sugieren evitar su realización entre las dos o cuatro semanas previas a la radioterapia.

(Nivel de evidencia 2++, Grado de recomendación B).



La cirugía bucal, realizada en el periodo preradioterápico, está asociada a un riesgo significativamente mayor de desarrollar ORN, por lo que se debe evitar su realización siempre que no sea por motivos oncológicos.

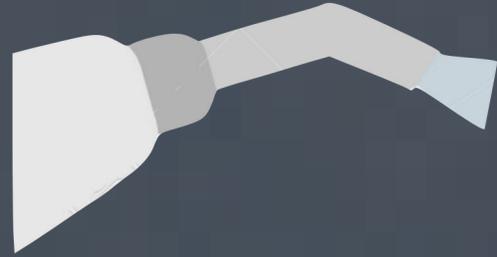
(Nivel de evidencia 2++, Grado de recomendación B).



La aplicación tópica de gel de flúor y el tratamiento restaurador de las caries pueden ser realizadas en cualquier momento del pretratamiento oncológico, ya que no se asocian a un mayor riesgo de ORN.

(Nivel de evidencia 2++, Grado de recomendación B).

¿Qué actuaciones en el periodo pre-tratamiento pueden disminuir la incidencia de mucositis en pacientes adultos?



La utilización de la terapia de láser de baja frecuencia, en pacientes con cáncer oral, que van a ser sometidos a radioterapia o radioterapia y quimioterapia simultáneamente, es eficaz en la prevención de la mucositis oral (MO).

(Nivel de evidencia 1++, Grado de recomendación A).



En pacientes que van a ser sometidos a radioterapia con dosis inferior a 50Gy, se recomienda la utilización de enjuagues de bencidamina (0,15%, 15 ml cada 3 o 6 horas, desde el inicio de la RT hasta dos semanas después de su finalización) para la prevención de la mucositis oral.

(Nivel de evidencia 1++, Grado de recomendación A).



Aunque no existe un alto nivel de evidencia, se recomienda realizar un control odontológico a los pacientes que van a ser sometidos a radioterapia y/o quimioterapia, así como instruir al paciente en unas exhaustivas instrucciones de higiene oral.

(Nivel de evidencia 3, Grado de recomendación D).



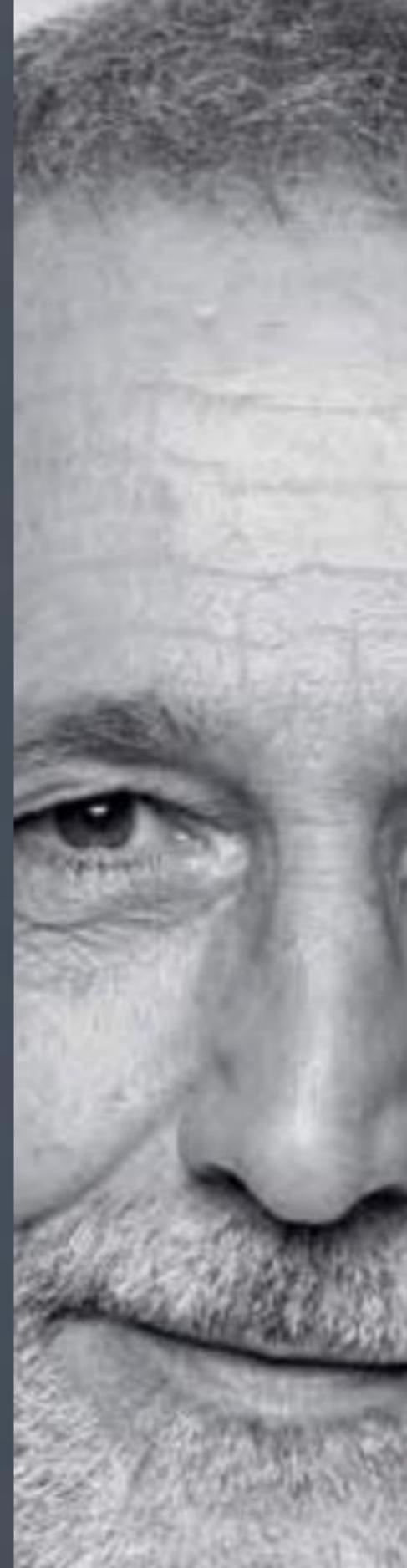
No se recomienda el uso de enjuagues de clorhexidina para la prevención de la mucositis oral.

Nivel de evidencia 1+, Grado de recomendación B).



Se sugiere la utilización de enjuagues de suero salino y/o bicarbonato sódico, ya que podrían ayudar a la higiene oral y mejorar las molestias causadas por la mucositis oral.

(Nivel de evidencia 4, Grado de recomendación D).



¿Qué actuaciones en el periodo preoperatorio pueden disminuir la incidencia de caries o enfermedad periodontal en pacientes adultos?



Los pacientes con un cáncer de cabeza y cuello son más propensos al desarrollo de caries y enfermedad periodontal aunque no está exclusivamente relacionado con el tratamiento a realizar, influyendo notablemente el estado previo de salud bucal.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación D).



Aunque no se especifica el momento exacto de acabar el tratamiento odontológico preventivo, sí que se recomienda realizar las extracciones al menos dos semanas antes de comenzar con el tratamiento oncológico.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación D).



Es eficaz la enseñanza y mantenimiento de la higiene oral, así como las revisiones periódicas con su odontólogo durante todo el proceso del tratamiento oncológico.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación D).



Se recomienda la aplicación de fluoruros y fosfato cálcico, aunque no hay consenso en la forma, concentración y frecuencia de aplicación.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación D).

¿Qué actuaciones durante el tratamiento oncológico pueden disminuir las alteraciones del gusto en pacientes adultos?



No se ha podido establecer la eficacia absoluta de ninguna estrategia farmacológica en la prevención de las alteraciones del gusto en pacientes oncológicos.

(Nivel de evidencia: 1++, Grado de recomendación: A).



La combinación de pentoxifilina y vitamina E han revelado resultados que podrían ser prometedores en la disminución de las alteraciones del gusto en dichos pacientes.

(Nivel de evidencia: 1-. Grado de recomendación: D)



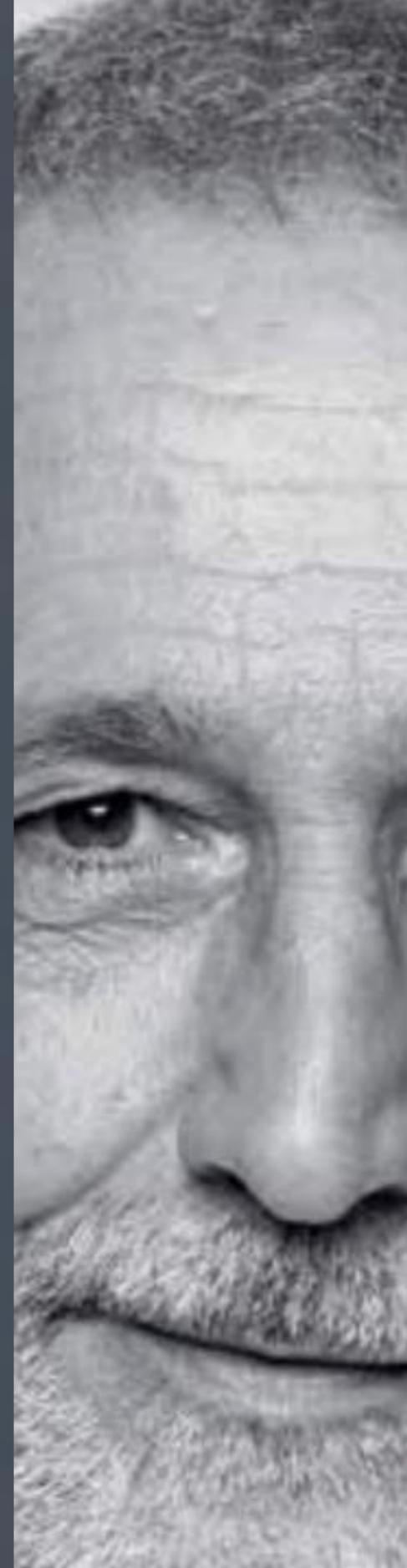
Los suplementos de zinc no estarían recomendados en pacientes con cáncer de cabeza y cuello sometidos a radioterapia, con o sin quimioterapia.

(Nivel de evidencia: 1++, Grado de recomendación: A).



Se recomienda derivar a los pacientes a un nutricionista para asesoramiento dietético, en especial aquellos casos que sufren estado de desnutrición o que se encuentran en riesgo de padecerlo.

(Nivel de evidencia: 1-. Grado de recomendación: D).



¿Qué actuaciones durante el tratamiento oncológico pueden disminuir la xerostomía y candidiasis en pacientes adultos?

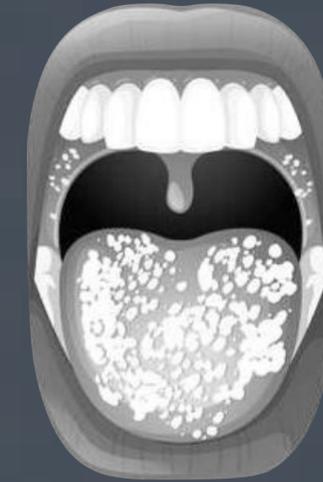


Existe evidencia que apoya el papel terapéutico de la pilocarpina, siendo las dosis pequeñas (5mg/3/día) las más adecuadas al minimizarse los efectos adversos.

(Nivel de evidencia: 1+. Grado de recomendación: B).

A nivel preventivo, no hay evidencia suficiente para afirmar el efecto beneficioso a largo plazo de un fármaco determinado, aunque la evidencia es esperanzadora para el complejo vitamínico C/E.

(Nivel de evidencia: 1+, Grado de recomendación: B).



En cuanto a la candidiasis, hay evidencia que apoya la eficacia de fármacos absorbidos (completa o parcialmente) en el tracto digestivo en la prevención del cuadro.

(Nivel de evidencia: 1++, Grado de recomendación: A).

Como agente sistémico, el fluconazol es una buena opción por el beneficio demostrado, así como por su seguridad. Para el tratamiento tópico, tanto el miconazol como el clotrimazol pueden ser buenas opciones.

(Nivel de evidencia: 1+, Grado de recomendación: B).

¿En qué situaciones está justificado hacer tratamientos odontológicos cruentos durante el periodo de tratamiento oncológico?



La exodoncia en el maxilar inferior dentro del campo de radiación representa mayor riesgo de desarrollar ORN. Si se lleva a cabo, se deben tomar una serie de medidas profilácticas. A su vez se debe limitar el número de dientes a extraer en una sesión y usar anestesia local baja en adrenalina.

(Nivel de evidencia: 1++, Grado de recomendación A).



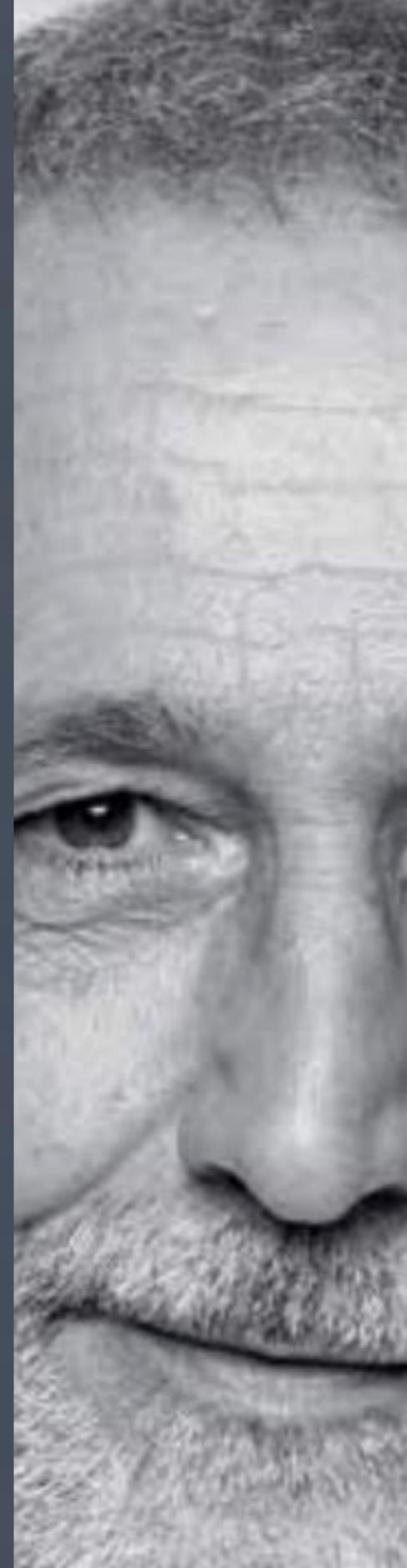
La cirugía periodontal se puede realizar en pacientes después de la radioterapia, aunque son necesarias futuras investigaciones en éste ámbito.

(Nivel de evidencia: 1++, Grado de recomendación A).

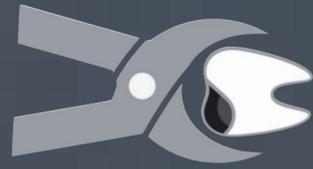


La medicación con bisfosfonatos puede afectar a los movimientos ortodóncicos, afectando a la actividad osteoblástica y sobre todo osteoclásticas.

(Nivel de evidencia: 1-, Grado de recomendación D).



¿Qué plazos posttratamiento oncológico son los adecuados para realizar distintas actuaciones odontológicas?



No es recomendable exodonciar durante 2 y 5 años post RT, y especialmente en los primeros 3 meses post RT.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación B).



La endodoncia con o sin coronectomía para acceder a la instrumentación de los conductos o para evitar una exodoncia post RT puede disminuir el riesgo de ORN.

(Nivel de evidencia 4, Grado de recomendación D).

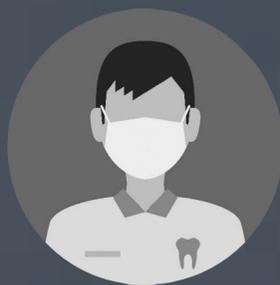


Las prótesis removibles deben evitarse en el primer año post RT.

(Nivel de evidencia 4, Grado de recomendación D).

Hay evidencia en términos de disminución de complicaciones, sobre todo en los primeros seis meses post RT.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de recomendación C).



La cirugía bucal en los 6 meses posteriores a la RT tiene un riesgo elevado y aumenta si se combina con quimioterapia.

(Nivel de evidencia 2+, Grado de Recomendación B).



Las obturaciones de caries no representan ningún aumento de riesgo relativo a la ORN.

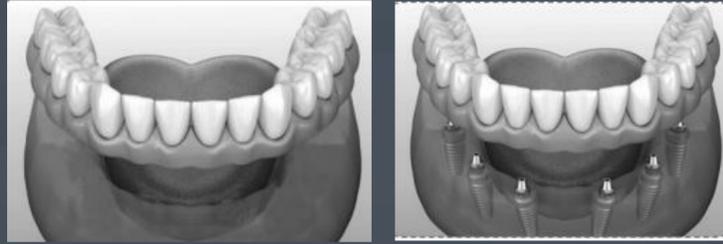
(Nivel de evidencia 4, Grado de recomendación D)



El curetaje supra y subgingival post RT es un factor de riesgo de ORN.

(Nivel de evidencia 4, Grado de recomendación D).

¿Cuáles son las indicaciones y plazos para la rehabilitación protésica e implantológica de los pacientes adultos oncológicos orales?



La rehabilitación protésica, tanto convencional como implantosoportada, de los pacientes tratados de cáncer oral mejora significativamente su calidad de vida y su función masticatoria.

Nivel de evidencia: 2, Grado de recomendación: B).



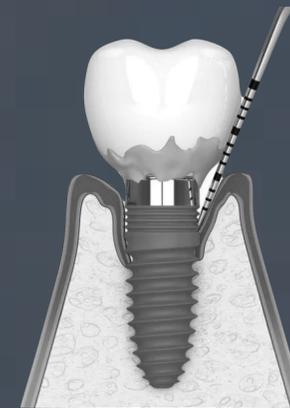
Se considera necesario un intervalo de tiempo de 12-14 meses desde la finalización del tratamiento oncológico hasta la colocación de implantes.

(Nivel de evidencia: 2, Grado de recomendación: D).



No hay diferencias en la supervivencia entre implantes localizados en maxilar o mandíbula, pero se observan más fracasos en la zona posterior.

(Nivel de evidencia: 3, Grado de recomendación: D).



La prevalencia de periimplantitis en estos pacientes difiere según los autores, aunque coinciden en señalar que las condiciones locales y generales la hacen más propicia que en la población general.

(Nivel de evidencia: 3, Grado de recomendación: D).

